



MED-TOUR
S A Ú D E

Eficiência e
Competência!

**Proposta de Admissão
PLANO COLETIVO EMPRESARIAL
ÔNIX PREMIUM**

Plano de Saúde Ambulatorial + Hospitalar com Obstetria

ANS nº 328537

Contrato que fazem entre si, de um lado na condição de contratado Med-Tour Adm. de Ben. e Empreend. Ltda. CNPJ 00.453.863/0001-14. Sediada na Rua Brás Cubas, 83 - CEP 07115-030 - Centro - Guarulhos - SP. E de outro lado, o titular descrito abaixo na condição de contratante.

Razão Social da Empresa Proponente / Contratante

Nome Fantasia		Principal Atividade			
CNPJ / MF	Inscrição Estadual	Inscrição Municipal			
E-mail		Segmento da Empresa			
Endereço da empresa:				Complemento	
Bairro	Município	CEP	UF	DDD	Fone
Representante Legal / Contato					
Qualificação do Contratante / Cargo			CPF		
Vigência após implantação			Data Vencimentos / /		

Planos Disponíveis (cód. / nome) - Assinalar com X a opção contratada

001 COLETIVO EMPRESARIAL ÔNIX PREMIUM - 2 ESTRELAS ENFERMARIA Registro Nº 484.425/19-4		001 COLETIVO EMPRESARIAL ÔNIX PREMIUM - 5 ESTRELAS APARTAMENTO Registro Nº 484.426/19-2	
Faixa Etária	Qte. Vidas	Vr. Unitário	Vr. Total
0 a 18 anos			
19 a 23 anos			
24 a 28 anos			
29 a 33 anos			
34 a 38 anos			
39 a 43 anos			
44 a 48 anos			
49 a 53 anos			
54 a 58 anos			
59 anos ou mais			
Nº Total de Usuários		Taxa Administrativa	
		Total	

DECLARAÇÕES DA EMPRESA PROPONENTE / CONTRATANTE

- DECLARAMOS QUE, AO PREENCHER E ASSINAR ESTA PROPOSTA, RECEBEMOS VIA ORIGINAL DO RESPECTIVO CONTRATO, O QUAL FOI INTEGRALMENTE LIDO, ENTENDIDO E ACEITO POR NÓS, SEM QUAISQUER RESTRIÇÕES AO SEU CONTEÚDO, RAZÃO PELA QUAL TAMBÉM O ASSINAMOS.
- DECLARAMOS, PARA OS DEVIDOS FINS E EFEITOS, QUE ESTAMOS CIENTES E DE ACORDO COM TODAS AS CONDIÇÕES CONTRATUAIS, INCLUSIVE QUANTO AOS PRAZOS DE CARÊNCIA, NÃO TENDO QUAISQUER DÚVIDAS COM RELAÇÃO À SUA APLICAÇÃO, E QUANTO SUA REDE CREDENCIADA.
- DECLARAMOS, PARA TODOS OS FINS E EFEITOS, QUE TEMOS PLENO CONHECIMENTO DE QUE A REDUÇÃO DE PRAZOS DE CARÊNCIA, CONCEDIDA PELA OPERADORA, NÃO ALTERARÁ AS DEMAIS CONDIÇÕES CONTRATUAIS, PRINCIPALMENTE AQUELAS RELATIVAS A LIMITAÇÕES DE COBERTURA E EXCLUSÕES, BEM COMO QUE TAL REDUÇÃO SERÁ DETERMINADA EM CONFORMIDADE COM A SEGUINTE TABELA:

CARÊNCIAS: DE ACORDO COM O NÚMERO DE VIDAS NO ATO DA CONTRATAÇÃO.

SERÁ DE ACORDO COM A LEGENDA:

OBS.: PARA OS CONTRATOS ACIMA DE 29 VIDAS A CARÊNCIA É ISENTA
PLANO ÔNIX PREMIUM APARTAMENTO CONSULTAR TABELA VIGENTE

Nota: Toda identificação do beneficiário se dará em acesso, virtual após implantação do contrato

LEGENDA / CARÊNCIAS

GRUPO VIDAS	6;1	6;2	6;3	6;4	6;5	6;5	6;6	6;7
DE 03 A 05	24 hs.	24 hs.	24 hs.	120 dias	180 dias	180 dias	300 dias	720 dias
DE 06 A 10	24 hs.	24 hs.	24 hs.	100 dias	160 dias	160 dias	300 dias	720 dias
DE 11 A 19	24 hs.	24 hs.	24 hs.	90 dias	150 dias	160 dias	300 dias	720 dias
DE 20 A 29	24 hs.	24 hs.	24 hs.	60 dias	120 dias	120 dias	300 dias	720 dias

LEGENDA

- 6;1 - Urgência/emergência
- 6;2 - Consultas
- 6;3 - Exames de Rotina /RX
- 6;4 - Exames Espec./Proc. Amb.
- 6;5 - Outros Exames
- 6;5 - Internação clínica/cirúrgica
- 6;6 - Parto e suas consequências
- 6;7 - Cobertura parcial temporária

- DECLARAMOS, AINDA, QUE ESTAMOS CIENTES DE QUE SE, A QUALQUER TEMPO, FICAR COMPROVADO QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS, POR NÓS OU POR BENEFICIÁRIO A NÓS VINCULADO, NÃO SÃO VERDADEIRAS E COMPLETAS, COM OMISSÃO DE CIRCUNSTÂNCIAS QUE POSSAM INFLUIR NA ACEITAÇÃO DE ASSOCIADO OU NO CÁLCULO DAS TAXAS MENSASIS, O CONTRATO FICARÁ ANULADO, SEM QUE TENHAMOS DIREITO À DEVOLUÇÃO DOS VALORES PAGOS E INDEPENDENTEMENTE DAS PENALIDADES LEGAIS CABÍVEIS.

RECIBO DE PAGAMENTO INICIAL

R\$ (e centavos acima)
 Recebemos a importância supra, referente à primeira Mensalidade da presente Proposta de Adesão, representada pelo cheque, nº _____, sacado contra o Banco _____ e Agência _____, sendo certa sua devolução em caso de não efetivação da Proposta de Adesão Pela Operadora _____

Local e Data

Contratante (assinatura)

Nome Vendedor (Corretora)

1ª Via (Branca) - Operador / 2ª Via (Verde) - Corretora / 3ª Via (Rosa) - Contratante



SUMÁRIO

DEFINIÇÕES.....	3
NORMAS DE ATENDIMENTO E USO	5
QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA	7
ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA.....	7
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL.....	7
ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO.....	7
PLANOS REGISTRADOS NA ANS (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR)	7
FORMAÇÃO DE PREÇO	7

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

1 - ATRIBUTOS DO CONTRATO.....	8
2 - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO.....	8
3 - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS.....	10
4 - EXCLUSÕES DE COBERTURA.....	14
5 - DURAÇÃO DO CONTRATO.....	15
6 - PERÍODOS DE CARÊNCIA.....	16
7 - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES.....	17
8 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	19
9 - MECANISMOS DE REGULAÇÃO.....	21
10 - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADES.....	23
11 - REAJUSTE.....	24
12 - FAIXAS ETÁRIAS.....	26
13 - REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS.....	27
14 - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO.....	28
15 - RESCISÃO.....	29
16- DISPOSIÇÕES GERAIS.....	30
17 - ELEIÇÃO DE FORO.....	31

DEFINIÇÕES

PARA EFEITO DESTES CONTRATOS CONSIDERA-SE:

AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS): autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.

ACIDENTE PESSOAL: é evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento.

ACIDENTE DE TRABALHO: é aquele que ocorre durante a jornada de trabalho dentro ou fora do ambiente de trabalho e também na ida e vinda do trabalho.

AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO: qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carência contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: área em que a operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.

ATENDIMENTO ELETIVO: termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência e emergência.

ATENDIMENTO OBSTÉTRICO: todo atendimento prestado à gestante, em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas conseqüências.

REDE CREDENCIADA: Buscador onde estão descritos todos os médicos, hospitais, laboratórios e centros de análise e diagnóstico, que mantêm contrato de prestação de serviço para atendimento aos associados da MED-TOUR SAÚDE.

EMERGÊNCIAS: é a situação que implica risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração médica assistente.

URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

DOENÇA: é processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.

DOENÇA AGUDA: falta ou perturbação da saúde, de característica grave e de curta duração, sendo reversível com o tratamento.

DOENÇA OU LESÃO PREEEXISTENTE: aquela que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela adquirida em consequência do trabalho.

PROPOSTA DE ADMISSÃO E DECLARAÇÃO DE SAÚDE: é o documento formal e legal que contém as definições básicas e principais que farão parte deste contrato, incluindo os dados e informações pessoais do titular e seus dependentes, preenchidos pelo titular de próprio punho em formulário específico da Med-Tour Saúde.

BENEFICIÁRIO: pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em contrato assinado com a operadora de plano privado de saúde, para garantias da assistência médico-hospitalar.

TITULAR: é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato o caracteriza como detentor principal do vínculo com uma operadora.

DEPENDENTE: Beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo com a operadora depende da existência do vínculo de um beneficiário titular . Pessoa física com vínculo familiar com o beneficiário titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas no contrato. No plano individual, titular e dependente devem estar no mesmo plano. Nos planos coletivos, titulares e dependentes podem estar no mesmo plano ou em planos diferentes de acordo com o estabelecido pela pessoa jurídica contratante.

CARÊNCIA: é o período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas prevista no contrato.

MENSALIDADE: contraprestação pecuniária paga pelo contratante à operadora.

CONSULTA: é o ato realizado pelo médico que avalia as condições clínicas do beneficiário.

EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.

PROCEDIMENTO ELETIVO: é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência e que podem ser programados.

PRIMEIROS SOCORROS: é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.

PRÓTESE: peça artificial empregada em atos cirúrgicos , em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e ou sua função.

ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT): é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a suspensão da cobertura de procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes - DLP declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

MÉDICO ASSISTENTE: é o profissional responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao beneficiário.

FRANQUIA: é o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da operadora.

CO-PARTICIPAÇÃO: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

CID-10: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.

CÁLCULO ATUARIAL: é o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a frequência de utilização, perfil do associado, tipo de procedimento, efetuado com vistas a manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do plano e definição de mensalidades a serem cobradas dos beneficiários pela contraprestação.

NORMAS DE ATENDIMENTO E USO

➤ **CONSULTAS ELETIVAS COM HORA MARCADA**

Para usufruir das consultas eletivas, o associado deverá marcar antecipadamente a consulta com médico de sua escolha, pertencente a rede credenciada. Comparecer munido de documento pessoal com foto, identificação de carteirinha física ou virtual do convênio e comprovante de pagamento.

➤ **CONSULTAS DE URGÊNCIA**

Para usufruir deste benefício o beneficiário deverá comparecer diretamente ao local de sua escolha pertencente a rede credenciada, devidamente indicados para urgência, munido de documento pessoal com foto, carteirinha física ou virtual de identificação do convênio e comprovante de pagamento.



➤ **EXAMES COMPLEMENTARES (FORA DE URGÊNCIA)**

Para usufruir deste benefício o beneficiário deverá solicitar guia de autorização diretamente nas unidades da Med-tour Saúde, e ou via acesso eletrônico levando em consideração que o beneficiário poderá ser previamente submetido a auditoria médica para requerimento da guia de autorização. Para tanto o beneficiário deverá apresentar a solicitação do pedido do procedimento médico assistente, contendo hipótese diagnóstica, nome do exame solicitado, tempo da doença e nome do paciente além de comprovante de pagamento e carteirinha física ou virtual de identificação do convênio. O local da realização do procedimento ficará a critério da **Contratada**. Exames de alta complexidade deverão ser autorizados em auditoria médica, que deverá ser agendada na operadora - ex: ressonância magnética, tomografia computadorizada entre outros, de acordo com os tempos de liberação das respectivas resoluções normativas vigentes da época.

➤ **CIRURGIAS ELETIVAS**

As cirurgias programadas deverão ser solicitadas com antecedência, através do canal de regulamentação, para usufruir deste benefício o beneficiário poderá ser submetido a auditoria médica, para a autorização do procedimento, onde deverá levar no dia agendado a solicitação médica contendo diagnóstico, nome do procedimento cirúrgico, tempo da doença e nome do paciente, além do comprovante de pagamento e carteirinha física ou virtual de identificação do convênio. O local para realização do procedimento ficará a critério da **Contratada**.

➤ **INTERNAÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGENCIA COBERTAS E FORA DA CARÊNCIA**

A autorização deverá ser solicitada pelo credenciado através do Portal do Operadora para tanto deverá apresentar relatório do médico assistente contendo: diagnóstico, tempo da internação, tempo da doença, nome do paciente, além da identificação do convênio através do app.

Fica critério da contratada e do médico auditor efetuar transferência para estabelecimento hospitalar de direcionamento, desde que, não coloque em risco a vida do paciente.

➤ **PARA OS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA SEM COBERTURA E/OU EM CARÊNCIA**

Deverá ser solicitada a transferência do paciente para um hospital público, para tanto o beneficiário deverá providenciar a vaga no SUS ou arcar com os custos hospitalares, no caso de transferência, a operadora fornecerá ambulância para remoção.

QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

Pelo presente instrumento contratual e na melhor forma de direito, de um lado a Med-Tour Administradora de Benefícios e Empreendimentos Ltda., pessoa jurídica e de direito privado, inscrita no CNPJ nº 00.453.863/0001-14, registrada na ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o nº 32853-7 e classificada como Medicina de Grupo, com sede à Rua Brás Cubas, 83 - Centro - Guarulhos - São Paulo, denominada neste instrumento como CONTRATADA, e de outro lado o CONTRATANTE descrito na Proposta de Admissão.

ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

Abrangência geográfica B - Grupo de Municípios:

- Município de Guarulhos e Município de São Paulo

Área de Atuação: Município de Guarulhos e Município de São Paulo

SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia.

ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

Padrão de acomodação em internação conforme o plano contratado na Proposta de Admissão:

- Enfermaria.
- Apartamento

PLANOS REGISTRADOS NA ANS (AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR)

O contratante optará por um dos planos abaixo:

PLANO ÔNIX PREMIUM 2 ESTRELAS COLETIVO EMPRESARIAL
Registrado na ANS sob o nº 484.425/19-4

PLANO ÔNIX PREMIUM 5 ESTRELAS COLETIVO EMPRESARIAL
Registrado na ANS sob o nº 484.426/19-2

FORMAÇÃO DE PREÇO

A formação de preço é pré-estabelecido - calculado antes das coberturas contratadas.

**MED-TOUR®***Eficiência e
Competência!*

SAÚDE

ANS 328537

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Planos de Saúde Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

Coletivo Empresarial

1- ATRIBUTOS DO CONTRATO

O presente contrato tem por objetivo a prestação continuada de serviços na forma de plano privado de assistência à saúde médico-hospitalar, conforme previsto no inciso I, art. 1º da Lei 9.656/98, abrangendo a cobertura de todas as doenças descritas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, CID 10, as especialidades definidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como no Rol de Procedimentos Médicos editados pela ANS, vigente à época do evento, aos Beneficiários regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento.

1.1 - O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor e de acordo com a legislação vigente.

2 - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura à população delimitada e vinculada à CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária. São considerados como BENEFICIÁRIOS deste Contrato o Titular e seus Dependentes, indicados na Proposta de Adesão anexa, com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica em relação ao titular.

2.1 - Podem ser inscritos no plano como Beneficiários Titulares as pessoas físicas que comprovem o(s) seguinte(s) vínculo(s) com a CONTRATANTE:

- I** - as pessoas vinculadas à pessoa jurídica contratante por relação empregatícia ou estatutária, ou seja, os empregados ou servidores públicos;
- II** - os sócios e administradores da pessoa jurídica contratante;
- III** - os demitidos ou aposentados, que tenham sido a ela vinculados anteriormente, ressalvado o disposto no caput dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;
- IV** - os agentes políticos, trabalhadores temporários, estagiários e menores aprendizes.

2.2 - Podem ser inscritos pelo Titular como Beneficiários Dependentes, a qualquer tempo, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação àquele:

- I** - o cônjuge (casado em até 30 dias da certidão);
- II** - o companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge salvo por decisão judicial;
- III** - os filhos e enteados, ambos com até 18 anos incompletos ou, se estudantes universitários, até 24 anos incompletos;
- IV** - os tutelados e os menores sob guarda;

Parágrafo Primeiro: Devem ser respeitados os graus de parentesco previstos na legislação: até o 3º. Grau de parentesco consanguíneo e até o 2º. Grau de parentesco por afinidade, desde que inseridos no ato da contratação do plano (adesão) do contrato.

Parágrafo Segundo: O ingresso do grupo familiar previsto acima dependerá da participação do Titular no contrato de plano privado de assistência a saúde.

Parágrafo Terceiro: A Med-Tour Saúde agindo em conformidade com a lei geral de proteção de dados "LGPD - Lei numero 13709" entrou em vigor no Brasil com a finalidade de garantir maior segurança e transparência no tratamento dos dados pessoais coletados por empresas publicas ou privadas, informamos ainda que essa constante atualização de modo a garantir o cumprimento da lei por tanto para obter as informações a respeito dos seus dados pessoais dentro da Med-Tour Saúde o direito sera garantido de acordo com as disposições da lei geral de proteção de dados visto que tenho a ciência da utilização dos meus dados conferidos a contratada.

2.3 - É assegurada a inscrição do filho adotivo menor de 12 (doze) anos com aproveitamento das carências já cumpridas pelo Beneficiário Titular ou Dependente adotante.

2.4 - Nas inclusões a CONTRATANTE deverá enviar a Declaração de Saúde, e os dados do beneficiário titular e seus dependentes, devidamente identificados. Fica ressalvado à CONTRATADA o direito de solicitar a comprovação dos vínculos dos participantes titulares e de seus dependentes a qualquer tempo, inclusive entrevista qualificada para fins de inclusão após o tempo previsto em lei para novos colaboradores.

2.5 - As exclusões de beneficiário titular e seus dependentes, serão processadas mediante impresso próprio da CONTRATANTE, ficando esta responsável pelo recolhimento das respectivas carteirinhas e encaminhadas para a CONTRATADA, ficando a CONTRATANTE responsável pelo uso indevido das mesmas, no aplicativo serão bloqueadas automaticamente após solicitação do cancelamento.

2.6 - Em caso de inclusão de novo(s) dependente(s) no plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes menor a 30 (trinta) beneficiários, este(s) deverá(ão) cumprir, por inteiro, os prazos de carência previstos neste Contrato, exceto para os casos dos filhos recém-nascidos e filhos adotivos menores de 12 (doze) anos, caso o responsável tenha cumprido 180 dias de carência.

2.7 - Nos planos com cobertura obstétrica, ou seja, com carência contratual; cumprida, é assegurada a inscrição do recém-nascido, filho natural ou adotivo, como dependente, isento dos períodos de carência, desde que a inscrição seja feita no prazo máximo de 30 dias do nascimento ou adoção, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo, porém para ter esse direito assegurado é preciso que o pai ou a mãe tenha cumprido a carência máxima permitida de 180 dias.

2.8 - No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários não poderá haver Cláusula de Agravo ou Cobertura Parcial Temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes. Se por ventura, não for solicitada a inclusão do beneficiário Titular e seus Dependentes até 30 (trinta) dias após sua admissão, ficarão estes em conjunto ou separadamente, sujeitos ao cumprimento das carências previstas na Cláusula 6.

2.9 - O beneficiário titular e seus dependentes não inscritos no plano, e solicitada a sua inscrição após a vigência deste contrato ficarão em conjunto ou separadamente sujeitos ao cumprimento de carências previstas na Cláusula 6, desde que comprovado seu vínculo de acordo com a legislação vigente, e ou no 1º aniversário do contrato, onde sua , renovação poderá ocorrer automaticamente.

3 - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Respeitados os prazos de carências, as exclusões e as coberturas estabelecidas nestas Condições Gerais, o Beneficiário terá cobertura para as despesas ambulatoriais e hospitalares com obstetrícia, exames complementares e serviços auxiliares listados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, através do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, relacionados às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID-10) e de todas as especialidades reconhecidas pelo CFM.

3.1 - A participação de profissional médico anestesologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, caso haja indicação clínica.

3.2 - Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no ROL de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho.

COBERTURAS AMBULATORIAIS EM UNIDADES DA REDE CREDENCIADA PELA CONTRATADA:

Ao Beneficiário serão asseguradas as coberturas com despesas decorrentes de cirurgias ambulatoriais que não necessitem de internação hospitalar, consultas médicas, exames clínicos e laboratoriais, bem como terapias, conforme relacionados a seguir, quando solicitado por um médico reconhecido pelo CFM (Conselho Federal de Medicina).

3.3 - Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar.

3.4 - Procedimentos de reabilitação física em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

3.5 - Consultas médicas em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, aptas para atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM.

3.6 - Consultas e sessões com Nutricionista, Fonoaudiólogo e Terapeuta Ocupacional e psicólogo, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente, após o devido prazo de cumprimento de carência, de 180 dias e com encaminhamento médico indicando o tratamento.

3.7 - Psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme Diretrizes de Utilização, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado.

3.8 - Atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9656/98.

3.9 - Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

- Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- Quimioterapia oncológica ambulatorial;
- Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- Hemoterapia Ambulatorial;
- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica Ambulatorial, descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- Cirurgias Oftalmológicas Ambulatoriais.

3.10 - Medicamentos registrados / regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos para a seguimentação ambulatoriais com previsão no Rol de procedimentos da ANS.

COBERTURAS HOSPITALARES EM UNIDADES DE REDE CREDENCIADA PELA CONTRATADA:

Ao Beneficiário serão asseguradas as coberturas com despesas médico-hospitalares, sem limite de prazo, valor máximo e quantidade de internação, em unidades referenciadas da rede de direcionamento aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, englobando os seguintes itens.

3.11 - Internações hospitalares clínicas e/ou cirúrgicas, bem como acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano e internações em Centro de Terapia Intensiva ou similar, a critério do médico assistente.

3.12 - Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto quando em caráter particular.

3.13 - Toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados (nacionais ou nacionalizados), exceto experimental.

3.14 - Despesas de diária (s) de 1 (um) acompanhante no caso de paciente menor de 18 (dezoito) anos ou com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, no local da internação, excetuado os casos de CTI ou similar.



3.15 - Exames complementares indispensáveis ao controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, realizados durante o período de internação hospitalar, conforme prescrição do médico assistente com previsão no Rol de procedimentos da ANS.

3.16 - Fornecimentos de medicamentos nacionais e nacionalizados, anestésicos, gases medicinais e transfusões, conforme prescrição do médico assistente, ministrados durante o período de internação hospitalar.

3.17 - Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- Quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no artigo 14, VIII, "b", da RN 167/08;
- Procedimentos radioterápicos Ambulatorial e Hospitalar: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- Hemoterapia;
- Nutrição parenteral ou enteral;
- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica, descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- Embolizações, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- Radiologia intervencionista;
- Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- Procedimentos de reabilitação física.

3.18 - Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer, de acordo com as diretrizes de utilização da agência reguladora.

3.19 - Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento,

3.20 - Procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade do tratamento / procedimento proposto, de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar.

3.21 - Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, após comprovado por relatório e auditoria médica.

3.22 - Transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com os procedimentos necessários à realização do transplante, incluindo quando couber: as despesas assistenciais com doadores vivos; medicamentos utilizados durante a internação; acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção, despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS.

Parágrafo Primeiro: Os candidatos a transplantes de órgãos, conforme legislação específica, deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO's, integrantes do Sistema Nacional de Transplante- SNT, sujeitando-se aos critérios de fila única de espera e de seleção.

Parágrafo Segundo: A lista de receptores é nacional, gerenciada pelo Ministério da Saúde e coordenada em caráter regional pelas Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO's, integrantes do Sistema Nacional de Transplante - SNT.

3.23 - Remoção do paciente, quando comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites da abrangência geográfica previstos no contrato.

COBERTURA PARA SAÚDE MENTAL EM UNIDADES DA REDE CREDENCIADA PELA CONTRATADA:

Ao Beneficiário serão asseguradas as coberturas das despesas relativas à saúde mental, correspondentes ao tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na CID - 10.

3.24 - O custeio integral de, pelo menos, 30 (trinta) dias de internação, por ano de vigência de contrato, não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para pacientes portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise.

3.25 - O custeio integral de, pelo menos, 15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital geral, para portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.

3.26 - Cobertura de 08 (oito) semanas por ano de contrato de tratamento em regime de hospital-dia para os portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, sendo estendida a cobertura para 180 (cento e oitenta) dias por ano de contrato para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98, relacionados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde - CID -10.

Parágrafo Único: Nos casos em que o período de internação exceder os prazos definidos acima, no transcorrer de um mesmo ano de contrato, será devido pelos beneficiários o custeio das internações mediante a co-participação de 50 % (cinquenta por cento), onde esta co-participação não poderá caracterizar o financiamento integral da internação.

COBERTURAS OBSTÉTRICAS:

3.27 - Procedimentos relativos ao pré-natal listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, e à assistência ao parto e puerpério, obedecendo as carências contratuais.

3.28 - Cobertura de 1 (um) acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, o parto e pós-parto imediato.

3.29 - Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho (a) natural ou adotivo (a), do titular ou dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo, desde que cumprida as carências contratuais para o Parto.

4 - EXCLUSÕES DE COBERTURA

Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas no artigo 12 da Lei 9656/1998 e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS vigente à época do evento, estão **EXCLUÍDOS E NÃO COBERTOS** os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos provenientes de:

4.1 - Tratamento clínico ou cirúrgico experimental.

4.2 - Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim.

4.3 - Tratamento de Inseminação artificial, tratamentos cirúrgicos e exames laboratoriais para impotência sexual e cirurgias para mudança de sexo.

4.4 - Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética.

4.5 - Fornecimento de medicamentos, vacinas e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na ANVISA.

4.6 - Atendimento domiciliar, mesmo que de urgência / emergência incluindo aluguel de equipamentos e similares para tratamento domiciliar, materiais e medicamentos para tratamento domiciliar, serviços de enfermagem domiciliar e remoção domiciliar, cuidadores e dentre outros serviços domiciliares.

4.7 - Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;

4.8 - Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

4.9 - Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.

4.10 - Quaisquer atendimentos em casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

4.11 - Tratamentos para redução de peso em clínicas de emagrecimento, spas, medicamentos para finalidade de emagrecimento, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

4.12 - Transplantes, à exceção de córnea, rim, e dos transplantes autólogos.

4.13 - Aparelhos estéticos de substituição ou complementares de função, tais como:

- Aparelho para surdez;
- Aparelhos ortopédicos;
- Orteses e próteses de membros.

4.14 - Cirurgia refrativa (PRK ou LASIK) em casos de pacientes menores de 18 (dezoito) anos e grau não estável há pelo menos 01 (um) ano e cumprindo os critérios estabelecidos nas Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS vigente à época do evento.

4.15 - Especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

4.16 - Despesas com hospitais, médicos e entidades não credenciadas e não relacionadas no Buscador oferecido pela Operadora, exceto nos casos de urgência e emergência e dentro dos limites contratuais estabelecidos, de acordo com a cláusula 8.10.

4.17 - Tratamentos odontológicos, exceto cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais, que necessitem de internação hospitalar e a estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar.

5 - DURAÇÃO DO CONTRATO

O presente Contrato vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, sem que possa ocorrer qualquer alteração, contados da data da assinatura do contrato.

5.1 - O contrato será renovado automaticamente, por prazo indeterminado, ao término da vigência inicial, sem cobrança de qualquer taxa ou outro valor no ato da renovação, salvo manifestação formal em contrário por qualquer uma das partes, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias anteriores ao seu vencimento.

5.2 - Fica condicionado que o presente contrato vigorará desde que o número mínimo de participantes seja de 02 (duas) vidas.



5.3 - Fica a responsabilidade do Contratante anualmente manter o documento que confirma a sua inscrição nos órgãos competentes, bem como sua regularidade cadastral junto a Receita Federal de acordo com sua forma de constituição, ficando este obrigado a apresentar documentos exigidos por lei de acordo com os requisitos de elegibilidade para manutenção da situação dos funcionários ativos vinculados dos beneficiário vinculados, caso testificado a elegitimidade do contratante no aniversário do contrato, a operadora poderá rescindir o contrato.

6 - PERÍODOS DE CARÊNCIA

As coberturas previstas pelo plano contratado somente passam a vigorar depois de cumpridos os prazos de carência a seguir descritos, contados a partir da assinatura da proposta de adesão por parte do usuário:

6.1 - Atendimento de urgências/emergências - 24 horas (limitadas as 12 primeiras horas ou, caso surja a necessidade de internação, por período inferior, exceto para acidente pessoal).

6.2 - Consultas - 30 dias.

6.3 - Exames simples (RX e Laboratoriais de rotina) - 30 dias.

6.4 - Exames Especializados e Procedimentos Ambulatoriais - 120 dias.

6.5 - Internações de casos clínicos e/ou Cirúrgicos em fase aguda, Exames Otoneurológicos, Ecocardiografias, Teste Ergométrico, Teste de Holter, Exames de Medicina Nuclear, Endoscopias, Litotripsias, Eletromiografias, Eletroneuromiografias, Densitometria Óssea, Tomografias Computadorizadas, Cateterismo Cardíaco, Ressonâncias Magnéticas, Quimioterapias, Radioterapias, Estudo Urodinâmico, Angiografias, Exames Laboratoriais Imunológicos, Testes Alérgicos, Exames Laboratoriais Hormonais, Exames Laboratoriais Sorológicos, Teste de Função Pulmonar, Fluoresceinografia, Cineangiocoronariografia, Potencial Auditivo Sensorial, Exames relacionados com a Gestação, Ultrassonografia Morfológica, Sessões de Psicologia, Fonoaudiologia, Nutrição e Terapia Ocupacional - 180 dias.

6.6 - Partos a Termo (a partir da 38ª semana de gravidez) e conseqüências relacionadas a gravidez - 300 dias.

6.7 - Cobertura Parcial Temporária (suspensão de Internações, Cirurgias, Procedimentos e Exames relacionados a Doenças e Lesões Preexistentes) - 24 meses.

Parágrafo Primeiro: Não será exigida carência quando houver 30 beneficiários ou mais e estes formalizarem o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante (registrado em carteira de trabalho).

7 - DOENÇAS E LESÕES PRE-EXISTENTES

Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007.

7.1 - O beneficiário deverá informar à CONTRATADA, o conhecimento da existência de doenças e lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato por meio da Declaração de Saúde, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

7.2 - Para informar a existência de Doenças e Lesões Preexistentes, o Beneficiário preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico pertencente à lista de profissionais da Rede de Prestadores Credenciados ou Referenciados pela CONTRATADA, sem qualquer ônus para o beneficiário, para orientá-lo quanto ao seu preenchimento e esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

7.3 - Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da CONTRATADA, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.

7.4 - O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

7.5 - É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela CONTRATADA, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

7.6 - Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá a Cobertura Parcial Temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do Agravo. Caso a CONTRATADA não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.



MED-TOUR®

*Eficiência e
Competência!*

S A Ú D E

ANS 328537

7.7 - Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

7.8 - Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

7.9 - Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a CONTRATADA somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente.

7.10 - Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site: www.ans.gov.br.

7.11 - É vedada à CONTRATADA a alegação de Doença ou Lesão Preexistente decorridos 24 meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

7.12 - Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/1998.

7.13 - O Agravo será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa a percentual ou valor do Agravo e período de vigência do Agravo.

7.14 - Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CONTRATADA deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária, ou a negativa de aceite do beneficiário, em usufruir da oferta do abravo.

7.15 - Instaurado o processo administrativo na ANS, à CONTRATADA caberá o ônus da prova.

7.16 - A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

7.17 - A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

7.18 - Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

7.19 - Após julgamento, e acolhida à alegação da CONTRATADA, pela ANS, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela CONTRATADA, bem como será excluído do contrato.

7.20 - Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

7.21 - Não haverá Cobertura Parcial Temporária ou Agravo, nos casos de Doença e Lesão Preexistente, quando o número de participantes for igual ou maior que 30 (trinta), para os beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

8 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1 - Urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

8.2 - Emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

A CONTRATADA garantirá os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 horas de vigência do contrato.

8.3 - A cobertura será prestada por 12 (doze) horas ou, caso surja a necessidade de internação, por período inferior, para:

I - Os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência;

II - Os atendimentos de urgência e emergência, quando efetuados no decorrer dos períodos de carência para internação; e

III - Os casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos Cirúrgicos, Leitos de Alta Tecnologia ou Procedimentos de Alta Complexidade relacionados às Doenças ou Lesões Preexistentes.

8.4 - Após cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

DA REMOÇÃO:

8.5 - A remoção do paciente será garantida pela OPERADORA nas seguintes hipóteses:

I - para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente, ou em casos de redimensionamento de rede.

II - para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir a necessidade de internação.

DA REMOÇÃO PARA O SUS:

8.6 - À CONTRATADA caberá o ônus da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, após vaga cedida pelo médico assistente sendo de responsabilidade dos familiares a busca das vagas.

8.7 - Quando não puder haver remoção por risco de vida, o CONTRATANTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA desse ônus.

8.8 - A CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

8.9 - Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

DO REEMBOLSO:

8.10 - Será garantido ao Beneficiário o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial deste plano.

8.11 - O Beneficiário terá o prazo de até 1 (um) ano para solicitar o reembolso, devendo para tanto apresentar à CONTRATADA os seguintes documentos:

- Notas Fiscais e Recibos de Honorários Médicos, Anestesiastas, Auxiliares, Assistentes, Hospital e Outros;
- Relatório Médico discriminando o diagnóstico e o tratamento efetuado discriminando a urgência do atendimento;

- Conta Hospitalar com a relação de materiais e medicamentos utilizados, taxas e todo o discretivo da despesa;
- Laudos dos exames efetuados.

8.12 - O reembolso de que se trata esse item está limitado a:

- 100% (cem por cento) de uma vez a Tabela A.M.B. 90 (Associação Médica Brasileira) para Honorários Médicos;
- Tabela Brasíndice e Tabela Simpro vigente à época do evento para os medicamentos e materiais utilizados.

8.13 - O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela CONTRATADA, e seu valor não poderá ser superior ao praticado por esta junto à rede assistencial do presente plano

9 - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO:

9.1 - Nenhum atendimento ao serviço previsto neste contrato será realizado sem a apresentação do Cartão de Identificação do Beneficiário ou através do Aplicativo disponibilizado pela CONTRATADA para os beneficiários cadastrados no Plano, acompanhada de cédula de identidade ou, inexistindo tal documento, outro que surta efeitos similares, exceto dos casos de urgência e emergência, que deverá ser apresentado após os primeiros atendimentos.

9.2 - O acesso a identificação do beneficiário será de forma eletrônica, para obter forma física, comunicará a contratada, arcando com as despesas da confecção da 2ª via, pois a identificação virtual através do app está disponível para acesso.

CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO DO BENEFICIÁRIO JUNTO À REDE CREDENCIADA DE PRESTADORES:

9.3 - Consultas eletivas com hora marcada: o beneficiário poderá agendar antecipadamente a consulta com o médico de sua escolha, dentro da rede credenciada constante do livreto ou APP da Rede Médica Credenciada, devidamente especificado por especialidade e comparecer munido da identificação do convênio, identificação pessoal, e token de segurança liberado em seu aplicativo.

9.4 - Consultas de urgência: para usufruir deste benefício o beneficiário deverá comparecer diretamente ao local de sua escolha, consultado através da credenciada da rede no APP devidamente indicados para Urgência.

9.5 - Exames complementares (fora da urgência): para a realização dos exames ou procedimentos será necessária a obtenção de AUTORIZAÇÃO PREVIA através de GUIA AUTORIZADA. Para tanto o beneficiário deverá apresentar a solicitação do médico assistente, o local para a realização do procedimento ficará a critério da CONTRATADA, e o profissional avaliador emitirá resposta no prazo de acordo com a normativa vigente a contar da data da solicitação à CONTRATADA, ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência, será emitido o protocolo da regulação para análise e liberação da referida autorização.



9.6 - Cirurgias programadas: deverão ser solicitadas com antecedência onde será necessária a obtenção de AUTORIZAÇÃO PRÉVIA através de GUIA, onde o beneficiário deverá agendar uma auditoria médica (marcada antecipadamente por telefone ou pessoalmente), para verificação de cobertura, devendo apresentar a solicitação do médico assistente contendo: nome do paciente, diagnóstico, nome do procedimento cirúrgico. O local para realização do procedimento ficará a critério da CONTRATADA.

9.7 - Os procedimentos deverão ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista em formulário específico e disponibilizado pela contratada, ou quando não credenciado, em receituário, contendo dados do beneficiário, descrição dos exames e especificação de acordo com CID, que ficará a critério do médico auditor a liberação de acordo com o rol de procedimentos e eventos e suas atualizações.

9.8 - É garantido, nos casos de divergências médicas a respeito de autorização do procedimento solicitado a definição referente a segunda opinião, ou no impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante, ou nomeado pelo beneficiário ou pelo médico da CONTRATADA e por um terceiro, desempataador escolhido para terceira opinião, cuja opinião clínica decidirá a divergência técnica assistencial, através de evidências científicas normas de eficácia para o tratamento cirúrgico ou não que podera ser realizado através de exames complementares quando necessário.

9.9 - Cada uma das partes pagará os honorários do profissional que nomear, exceto se o médico-assistente escolhido pelo beneficiário pertencer à Rede Credenciada ou própria da CONTRATADA, que nesse caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados. A notificação entre a operadora, profissional assistente, desempataador e beneficiário poderão se dar por meio de aviso de recebimento da AR, telegrama, protocolo por e-mail e ligação gravada, ou qualquer meio de comunicação que comprove sua ciência inequívoca.

SERVIÇOS PRÓPRIOS E REDE CREDENCIADA:

9.10 - O beneficiário podera consultar no site ou no aplicativo os prestadores de serviços próprios e credenciados pela CONTRATADA, obedecidas as regras que disciplinam o atendimento prioritário, sendo elas pessoas deficientes, histórico de aspecto autista, idosos acima de 60 anos, gestantes ou de acordo com suas comorbidades e complexidade de atendimento.

9.11 - A relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados da CONTRATADA terão suas atualizações disponíveis no site da operadora ou através do aplicativo .

9.12 - A inclusão como contratado, referenciado ou credenciado, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quando a sua manutenção ao longo da vigência do contrato, conforme regras abaixo:

- A substituição da entidade hospitalar por outra equivalente se dará mediante comunicação aos consumidores e a ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;

- Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a CONTRATADA arcará com a transferência do beneficiário para outro estabelecimento equivalente, sem ônus adicional, garantindo-lhe a continuação da assistência;
- Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do beneficiário, o hospital estará obrigado a manter a internação e a CONTRATADA a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico assistente, na forma do contrato;
- Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a operadora deverá solicitar à ANS autorização expressa.

10 - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

O valor a ser pago pela cobertura assistencial contratada e pré-estabelecido, e a data de vencimento da mensalidade será especificado de acordo com a data de adesão do plano.

10.1 - A responsabilidade pelo pagamento total da contraprestação pecuniária será da pessoa jurídica CONTRATANTE, salvo os casos dos artigos 30 e 31, da Lei 9656/98.

10.2 - A CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA, em pré-pagamento, os valores relacionados na Proposta de Admissão, por beneficiário, para efeito de inscrição e mensalidade, através da emissão de faturas.

10.3 - As mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na proposta de Admissão.

10.4 - Quando a data de vencimento cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente. O não recebimento da fatura não implicará na cobrança de juros ou protesto pois é de dever da contratante caso não receba a fatura por correspondência no endereço indicado na adesão do contrato, sendo assim, cabe a contratante solicitar a fatura com 10 dias de antecedência a contratada.

10.5 - As faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela CONTRATANTE. A fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

10.6 - Se a CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA, para que não se sujeite a consequência da mora. O não recebimento do instrumento de cobrança não desobriga o CONTRATANTE de efetuar o seu pagamento no prazo do vencimento mensal.

10.7 - Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, correção monetária pela variação do IGPM - PRÓ - RATA, além de multa de 2% (dois por cento) aplicados sobre cada parcela pendente. Após 5 dias do vencimento da fatura a empresa será protestada pelo cedente.



Parágrafo Único: Após 05 dias de inadimplência conforme estabelecido no "caput" desta cláusula, a contratada e ou seus cessionários, poderão adotar todas as medidas que são facultadas pela Lei, para cobrança do débito em aberto, inclusive lançando os títulos em cartório de protesto e cobrança de honorários advocatícios, ainda assim ocorrendo inadimplência do contratante fica facultado a CONTRATADA a cessão do presente contrato, para todos os fins de direito, independentemente de qualquer outra posição especialmente em face do Código Cível Brasileiro, sem prejuízo de cobrança de toda e qualquer quantia correspondente aos débitos do CONTRATANTE, incluindo multa e juros de mora, o prazo para cobrança e protesto é de 5 dias após o vencimento original.

10.8 - A CONTRATADA não poderá fazer distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados.

11 - REAJUSTE

11.1 - De acordo com a RN 309 de 2012, todos os contratos coletivos com menos de 30 beneficiários fazem parte do agrupamento de contratos para fins de cálculo e aplicação do percentual de reajuste anual.

11.1.1 - A quantidade de beneficiários para o agrupamento será verificada na data da sua assinatura e anualmente reavaliada no mês de aniversário deste contrato, para conforme o caso mantê-lo ou excluí-lo do agrupamento.

11.1.2 - Para fins do disposto no item anterior, serão considerados todos os beneficiários vinculados à mesma pessoa jurídica, ainda que vinculados a outro plano contratado.

11.1.3 - Se este contrato for agrupado na data de sua assinatura/mês de seu aniversário, ser-lhe-á aplicado o reajuste do agrupamento no seu aniversário subsequente, observando os critérios estabelecidos no item 11.2.

11.1.4 - Se este contrato não for agregado-na data de sua assinatura ou for excluído do agrupamento no mês de seu aniversário, ser-lhe-á aplicado, no seu aniversário subsequente, o reajuste conforme os critérios estabelecidos no item 11.4

11.1.5 - Será divulgado até o primeiro dia útil do mês de maio de cada ano o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos, onde ficarão disponíveis no sítio eletrônico dessa operadora esses percentuais de todos os contratos que receberão o reajuste, com o código informado no sistema RPC, e seus respectivos planos, com número de registro na ANS.

11.1.6 - Para a aplicação do percentual de reajuste calculado, não será necessária a autorização prévia da ANS, porém, poderão ser solicitados, a qualquer tempo, a metodologia e os dados utilizados pela operadora no cálculo do reajuste do agrupamento para a verificação do percentual aplicado.

11.2 - O critério para o reajuste anual da contraprestação pecuniária do contrato agregado ao agrupamento observará o disposto nesse item.

11.2.1 - Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice da ANS. Este será apurado no período de 12 meses consecutivos entre o mês de Maio e Abril subsequente.

11.2.2 - Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 11.2.1, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

11.3 - Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial da carteira de planos coletivos com até 29 beneficiários, este será reavaliado, nos termos descritos a seguir.

11.3.1 - O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 62% (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos entre o mês de Maio e Abril subsequente.

11.3.2 - Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

$$R = (S / Sm) - 1$$

Onde:

S - Sinistralidade apurada no período

Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

11.3.3 - Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 11.3, este deverá ser procedido de forma complementarão especificado no item 11.2.1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

11.4 - O critério para o reajuste anual da contraprestação pecuniária do contrato não agregado ao agrupamento observará o disposto nesse item.

11.4.1 - Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice da ANS. Este será apurado no período de 12 meses consecutivos entre o mês de Maio e Abril subsequente.

11.4.2 - Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 11.4.1, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

11.4.3 - Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial da carteira de planos coletivos com até 29 beneficiários, este será reavaliado, nos termos descritos a seguir.

11.4.4 - O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 62% (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos entre o mês de Maio e Abril subsequente.

11.4.5 - Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

$$R = (S / Sm) - 1$$

Onde:

S - Sinistralidade apurada no período

Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

11.4.6 - Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 11.4.2, este deverá ser procedido de forma complementarão especificado no item 11.4.1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

11.5 - Independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contra prestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se esta como data base única.

11.6 - Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato.

11.7 - Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei 9656/98

11.8 - Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.

12 - FAIXAS ETÁRIAS

12.1 - Em havendo alteração de faixa etária do titular e/ou dependentes inscritos no presente contrato, a contra prestação pecuniária será reajustada no mês subsequente ao mês do aniversário, de acordo com os percentuais da tabela abaixo, que se acrescentarão sobre o valor da última contraprestação pecuniária, observadas as seguintes condições, conforme art. 3º., incisos I e II da RN 63/03:

12.2 - O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária.

12.3 - A variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária de cada beneficiário inscrito, conforme descrição no quadro abaixo:

FAIXAS ETÁRIAS	(%) aumento	OBSERVAÇÕES
DE		
00 A 18 ANOS	0,00%	
19 A 23 ANOS	24,72%	COBRADOS NO MÊS QUE COMPLETAR 19 ANOS.
24 A 28 ANOS	5,41%	COBRADOS NO MÊS QUE COMPLETAR 24 ANOS.
29 A 33 ANOS	4,32%	COBRADOS NO MÊS QUE COMPLETAR 29 ANOS.
34 A 38 ANOS	15,00%	COBRADOS NO MÊS QUE COMPLETAR 34 ANOS.
39 A 43 ANOS	20,00%	COBRADOS NO MÊS QUE COMPLETAR 39 ANOS.
44 A 48 ANOS	30,00%	COBRADOS NO MÊS QUE COMPLETAR 44 ANOS.
49 A 53 ANOS	28,87%	COBRADOS NO MÊS QUE COMPLETAR 49 ANOS.
54 A 58 ANOS	32,10%	COBRADOS NO MÊS QUE COMPLETAR 54 ANOS.
59 ANOS OU +	21,75%	COBRADOS NO MÊS QUE COMPLETAR 59 ANOS.

13 - REGRAS PARA MANUTENÇÃO DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO PARA EX EMPREGADOS DEMITIDOS OU EXONERADOS SEM JUSTA CAUSA E APOSENTADOS

13.1 - A CONTRATADA assegura ao beneficiário titular que contribuir para o plano privado de assistência à saúde no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, ou aposentadoria, o direito de manter sua condição de beneficiário -e dos beneficiários dependentes a ele vinculados -nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto à CONTRATANTE o pagamento integral das mensalidades, conforme disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, observada a Resolução Normativa nº 488, de 2022, e suas posteriores alterações.

13.2 - O período de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa será de um terço do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

13.2.1 - O período de manutenção da condição de beneficiário para o ex-empregado aposentado será:

- a) indeterminado, se o ex-empregado contribuiu para o plano pelo prazo mínimo de dez anos; ou
- b) à razão de um ano para cada ano de contribuição, se o ex-empregado contribuiu por período inferior a dez anos.

13.3 - A manutenção da condição de beneficiário está assegurada a todos os dependentes do beneficiário demitido ou aposentado inscritos quando da vigência do contrato de trabalho, podendo o direito ser exercido individualmente pelo ex-empregado ou com parte do seu grupo familiar.

13.4 - O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da comunicação inequívoca do empregador sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho formalizada no ato da concessão do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria.

13.5 - O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário.

13.6 - Em caso de morte do ex-empregado demitido ou aposentado, o direito de permanência no plano é assegurado aos dependentes.

13.7 - O direito de manutenção assegurado ao beneficiário demitido ou aposentado não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas ou acordos coletivos de trabalho.

13.8 - A condição de beneficiário deixará de existir:

- a) pelo decurso dos prazos de manutenção.



b) pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego considerado novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão.

c) pelo cancelamento pelo empregador do benefício do plano privado de assistência à saúde concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados.

13.9 - É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual familiar ou coletivo por adesão.

13.10 - Ao empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa e dela vem a se desligar é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário.

13.11 - No caso de cancelamento do benefício do plano privado de assistência à saúde oferecido aos empregados e ex-empregados da CONTRATANTE, os beneficiários poderão optar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento do benefício, em ingressarem um plano Individual ou Familiar da CONTRATADA, sem a necessidade do cumprimento de novos prazos de carência, desde que:

a) A CONTRATADA disponha de um plano individual ou familiar;

b) O beneficiário titular se responsabilize pelo pagamento de suas mensalidades e de seus dependentes;

c) O valor da mensalidade corresponderá ao valor da Tabela Vigente na data de adesão ao plano Individual Familiar;

Incluem-se no universo de beneficiários todo o grupo familiar vinculado ao beneficiário titular.

14 - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

A perda da qualidade de beneficiário poderá ocorrer nas seguintes situações:

14.1 - Perda da qualidade de beneficiário titular:

I - pela rescisão do presente contrato;

II - pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante, ressalvadas as condições previstas nos artigos nº 30 e nº 31 da Lei nº 9.656/98;

III - fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.

14.2 - Perda da qualidade de beneficiário dependente:

I - pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste contrato;

II - a pedido do beneficiário titular;

III - fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.

14.3 - Caberá tão-somente à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários.

14.4 - A contratada só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante nas seguintes hipóteses:

I - fraude;

II - por perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência, previstos neste contrato, ressalvados o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/1998.

15 - RESCISÃO

O contrato poderá ser rescindido e motivadamente após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias. Conforme estabelece o artigo primeiro da resolução nº 19/1999 da agência nacional de saúde suplementar ou nas condições de prévia notificação por inadimplência ou atraso na mensalidade superior a trinta dias. O atraso no pagamento da mensalidade, pela CONTRATANTE, por um período superior 30 (trinta) dias, implicará diretamente na liberação do atendimento ao (s) beneficiário (s) TITULAR (ES) e de seus dependentes a qualquer cobertura de atendimento, independente dos efeitos legais atribuídos pela contratada.

PARÁGRAFO ÚNICO - Após 05 dias de inadimplência conforme estabelecido no "caput" desta cláusula, a contratada e ou seus cessionários, poderão adotar todas as medidas que são facultadas pela Lei, para cobrança do débito em aberto, inclusive lançando os títulos em cartório de protesto e cobrança de honorários advocatícios, ainda assim ocorrendo inadimplência do contratante fica facultado a CONTRATADA a cessão do presente contrato, para todos os fins de direito, independentemente de qualquer outra posição especialmente em face do Código Civil Brasileiro, sem prejuízo de cobrança de toda e qualquer quantia correspondente aos débitos do CONTRATANTE, incluindo multa e juros de mora, o prazo para cobrança e protesto é de 5 dias após o vencimento original.

15.1 - Sem prejuízo das penalidades legais, o contrato será rescindido, mediante prévia notificação, nas seguintes situações:

- Prática de Fraude ou dolo comprovados;
- Utilização indevida de documentação ou cartão do BENEFICIÁRIO, sendo que neste caso todas as despesas decorrentes serão de total responsabilidade da CONTRATANTE, além de penalidades cabíveis do código penal;
- Omissão ou distorção de informações em prejuízo da CONTRATADA, ou do resultado de perícias ou exames;
- Inobservância das obrigações pactuadas neste contrato;
- Não Apresentação dos documentos exigidos pela CONTRATADA conforme RN 432/2017 que refere-se a elegibilidade dos beneficiários vinculados a empresa CONTRATANTE, e a comprovação de situação cadastral da empresa no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica.

15.2 - Após o período de 12 (doze) meses, contados da data de início de sua vigência, o presente contrato poderá ser denunciado imotivadamente, a qualquer tempo, por qualquer das partes, mediante aviso prévio por escrito, desde que os meses anteriores não estejam inadimplentes, o cancelamento não exime a obrigatoriedade dos débitos anteriores aos seus vencimentos.

15.3 - E de responsabilidade da contratante, no caso de rescisão deste contrato, recolher e devolver as respectivas carteiras de identificação, de propriedade da contratada, no caso do app será cancelado automaticamente.

15.4 - Na vigência deste contrato, caso o número seja inferior a 2 (dois) participantes, ficará a cargo da CONTRATADA a opção de transferência para o plano Individual/familiar com aproveitamento de carências e aplicando-se a correspondente tabela de preços comercializada vigentes da época, ou a rescisão contratual.

O cancelamento do contrato não implica no perdão das dívidas anteriores.

15.5 - O beneficiário titular poderá solicitar à pessoa jurídica CONTRATANTE, por qualquer meio, a sua exclusão ou a de dependente do contrato de plano de saúde coletivo empresarial.

15.6 - A pessoa jurídica CONTRATANTE deverá cientificar a operadora em até 30 (trinta) dias da solicitação de exclusão, a operadora ficará responsável pela adoção das providências cabíveis ao processamento da exclusão. Expirado o prazo disposto sem que a pessoa jurídica tenha providenciado a comunicação de exclusão do beneficiário à operadora, o beneficiário titular poderá solicitar a exclusão diretamente à operadora.

15.7 - A exclusão tem efeito imediato a partir da data de ciência pela operadora, caberá à operadora prestar ao beneficiário as informações e consequências previstas referente ao cancelamento, caberá à operadora fornecer ao titular solicitante o comprovante de recebimento da solicitação de exclusão de beneficiário de contrato coletivo empresarial

16 - DISPOSIÇÕES GERAIS

Este plano foi elaborado pela MED-TOUR SAÚDE levando-se em consideração as normas estipuladas na lei 9.656/98.

O CONTRATANTE compromete-se a comunicar qualquer mudança de endereço ou alteração de seus dados cadastrais e de seus beneficiários inscritos, sob pena de rescisão contratual.

Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Admissão assinada pelo (a) CONTRATANTE, entrevista qualificada e a declaração de saúde do titular e dependentes e a carta de orientação ao beneficiário, o manual de orientação para contratação de planos de saúde (MPS) e o guia de leitura contratual (GLC).

O (A) CONTRATANTE reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a CONTRATADA.

O (A) CONTRATANTE, por si e por seus beneficiários dependentes, autorizam a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde, respeitados os normativos referentes ao sigilo médico. Qualquer tolerância por parte da CONTRATADA não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não. Estas despesas correrão por conta exclusiva do beneficiário.

As reclamações ou sugestões sobre qualquer um dos serviços prestados devem ser encaminhadas por escrito à CONTRATADA.

17 - ELEIÇÃO DE FORO

Fica eleito o foro do domicílio do CONTRATANTE, para os casos de litígios ou pendências judiciais, para dirimir dúvidas oriundas do presente contrato, renunciando a qualquer outro por mais privilegiado que seja.

17.1- E por estarem juntos e contratados, assinam a proposta de admissão que faz parte deste contrato, em duas vias de igual teor.

Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde

Diferenças entre planos individuais e coletivos

Os planos com contratação individual ou familiar são aqueles contratados diretamente da operadora de plano de saúde: é o próprio beneficiário quem escolhe as características do plano a ser contratado.

Os planos com contratação coletiva são aqueles em que o beneficiário ingressa no plano de saúde contratado por uma empresa ou órgão público (coletivo empresarial); associação profissional, ou sindicato (coletivo por adesão). Nos planos coletivos é um representante dessas pessoas jurídicas contratantes, com a participação ou não de uma administradora de benefícios, que negocia e define as características do plano a ser contratado. Assim, é importante que o beneficiário antes de vincular-se a um plano coletivo, em especial o por adesão, avalie a compatibilidade de interesses com a pessoa jurídica contratante.

Aspectos a serem observados na contratação ou ingresso em um plano de saúde

	PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES	PLANOS COLETIVOS	
CARÊNCIA	É permitida a exigência de cumprimento de prazo de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei: 24h para urgência/emergência, até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos.	Coletivo Empresarial	
		Com 30 participantes ou mais	Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.
		Com menos de 30 participantes	É permitida a exigência de cumprimento de carência nos prazos máximos estabelecidos pela lei.
		Coletivo por adesão	Não é permitida a exigência de cumprimento de carência desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. A cada aniversário do contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência, desde que: (1) os mesmos tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após os 30 dias da celebração do contrato e (2) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data de aniversário do contrato.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)	Sendo constatado no ato da contratação que o consumidor tem conhecimento de Doença ou Lesão Preexistente (DLP), conforme Carta de Orientação ao Beneficiário de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, internações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente à DLP declarada. Como alternativa a CPT é facultado à operadora oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano privado de assistência à saúde para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carências. Caso a operadora opte pelo não oferecimento da CPT ou Agravado a cobertura será total para a DLP. A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados a DLP não declaradas pelo consumidor sem prévia autorização da ANS, que só se dá após processo administrativo em que o consumidor é ouvido.	Coletivo Empresarial	
		Com 30 participantes ou mais	Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.
		Com menos de 30 participantes	É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado.
		Coletivo por Adesão	
		É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, independente do número de participantes.	
FATOR MODERADOR, AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS, PERÍCIAS PROFISSIONAIS E DIRECIONAMENTO A PRESTADORES PARA SERVIÇOS OU PROCEDIMENTOS	É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui co-participação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira. (2) como é o acesso aos serviços de saúde, no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver previsão no contrato.		
REAJUSTE	Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual	Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS. O consumidor deverá ficar atento à periodicidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do consumidor ao plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes aplicados nos contratos coletivos.	

ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO	Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, No caso de prestadores hospitalares a alteração necessita ser autorizada pela ANS.	
VIGÊNCIA	A vigência mínima do contrato individual ou familiar é 12 meses com renovação automática.	A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.
REGRAS DE RESCISÃO E / OU SUSPENSÃO	Nos planos individuais ou familiares a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da Operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude; e/ou por não pagamento da mensalidade por período superior a 60 dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.	Nos planos coletivos as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o consumidor fique atento às regras estabelecidas no seu contrato. A rescisão contratual unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias. Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.

Perda da condição de beneficiário nos planos coletivos

Nos planos coletivos os beneficiários titulares e seus dependentes podem ser excluídos do plano de saúde, que continua vigente, quando perdem o vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou seja, com o sindicato, associação profissional ou congênere, órgão público ou empresa.

Direitos dos artigos 30 e 31, da Lei n.º 9656/1998, nos planos coletivos empresariais

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do consumidor no pagamento da mensalidade, é assegurado ao mesmo o direito de permanência no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No caso de morte do titular demitido ou aposentado é assegurada a permanência do grupo familiar.

O consumidor tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/órgão público, com a qual mantinha vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O consumidor assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência. O período de manutenção da condição de consumidor do plano é de 6 meses no mínimo, e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor.

Salientamos que o consumidor perde o direito de permanência no plano de saúde do seu ex-empregador ou órgão público quando da sua admissão em um novo emprego ou cargo.

Direito de migrar para plano individual ou familiar aproveitando carência do plano coletivo empresarial

Os consumidores de planos coletivos empresariais que tiverem o benefício de plano de saúde extinto, terão o direito de se vincular a um plano da mesma operadora com contratação individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de autogestões.

A condição para exercer esse direito é que a operadora comercialize plano individual ou familiar. O consumidor tem um prazo máximo de 30 dias, após a extinção do benefício, para contratar, junto à operadora, o plano individual ou familiar

Cobertura e segmentação assistencial

Define o tipo de assistência à qual o consumidor terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica. Essas assistências à saúde isoladas ou combinadas definem a segmentação assistencial do plano de saúde a ser contratado pelo consumidor. A Lei nº 9.656/1998 definiu como referência o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência/emergência integral após 24h, em acomodação padrão enfermaria. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 9.656/1998.

A cobertura para acidente do trabalho ou doença profissional em planos coletivos empresariais é adicional e depende de contratação específica.

Abrangência geográfica

Aponta para o consumidor a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A abrangência geográfica pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios. É importante que o consumidor fique atento a esta informação, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.

Área de atuação

É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.

É importante que o consumidor fique atento a estas informações, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.

Administradora de Benefícios

Quando houver participação de Administradora de Benefícios na contratação de plano coletivo empresarial, a verificação do número de participantes para fins de carência ou CPT considerará a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano estipulado.

Se a contratação for de plano coletivo por adesão, para fins de carência considerar-se-á como data de celebração do contrato coletivo a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela Administradora de Benefícios.

Para informar-se sobre estes e outros detalhes da contratação de planos de Saúde, o beneficiário deve contatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Ministério
da Saúde



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040
Rio de Janeiro - RJ

Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

**MED-TOUR®***Eficiência e
Competência!*

SAÚDE

ANS 328537

PLANO AMBULATORIAL - HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

Lei nº 9656/98 03/06/98

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado(a) Beneficiário(a),

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), instituição que regula as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e tem como missão defender o interesse público vem, por meio desta, prestar informações para o preenchimento da DECLARAÇÃO DE SAÚDE.

O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção.

Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO.

AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora NÃO poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.
- A operadora deverá oferecer: Cobertura Total ou COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT), podendo ainda oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais.
- No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidades coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade -PAC (tomografia, ressonância, etc.*) EXCLUSIVAMENTE relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.
- NÃO haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas no contrato.
- Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.



AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.

- Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá RESCINDIR o contrato por FRAUDE e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a doença ou lesão não declarada.
- Até o julgamento final do processo pela ANS, NÃO poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

ATENÇÃO! Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistência! para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária -CPT - NÃO é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

*Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade - PAC, acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico: **www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.**

*Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone **0800-701-9656** ou consulte a página da **ANS - www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.**

Beneficiário

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

_____, ____/____/____
Local Data

_____, ____/____/____
Local Data

Nome: _____

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____



MED-TOUR®

*Eficiência e
Competência!*

S A Ú D E

ANS 328537

TERMO ADITIVO CONTRATUAL DE OFERECIMENTO DE AGRAVO OU CPT – COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA – DLP (DECLARAÇÃO DE LESÃO PREEXISTENTE)

Este termo aditivo tem por finalidade o oferecimento da cobertura parcial temporária ou agravo para beneficiários portadores de doenças ou lesão preexistente

Este aditivo contratual trata-se da oferta ao beneficiário que tem a declaração de saúde com doença ou lesão preexistente, a oportunidade de escolha das coberturas contratuais elucidadas abaixo:

Doenças e Lesões Preexistentes (DLP): aquelas que o beneficiário ou representante legal saiba ser portador ou sofredor no ato da contratação ou adesão ao contrato de plano de saúde, ciente de que é de inteira responsabilidade do beneficiário o preenchimento do questionário de saúde ou quando necessitar de entrevista qualificada para orientação do médico para o preenchimento, o beneficiário fica ciente sob pena de caracterização de fraude, com direito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato caso comprovado omissão.

Cobertura Parcial Temporária: Trata-se de uma restrição na cobertura do plano de saúde aplicada ao beneficiário portador de doença ou lesão preexistente (DLP) quando da contratação do plano, que pode ter duração de até 24 meses para cirurgias, leitos de alta tecnologia e procedimento de alta complexidade (PAC).

Para procedimentos mais simples, como consultas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, ainda que relacionados à DLP, a cobertura deverá ser garantida, não devendo haver restrições, desde que já tenha cumprido o período de carência estabelecidos contratualmente, que são os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, de acordo com a segmentação contratada, desde que cumpridos os prazos de carência.

Nos casos de cobertura parcial temporária (CPT), há restrição temporária de cobertura, para os Procedimentos de Alta Complexidade (PAC) e cirúrgicos, objetos de CPT, relacionado (s) à(s) doenças ou lesões preexistentes (DLP) declarada (s)”.
”.

AGRAVO- significa um acréscimo temporário no valor da mensalidade, pelo período do tempo de 24 meses, oferecido ao consumidor que declare ser portador de doenças ou lesões preexistentes para que ele tenha direito integral à cobertura, mesmo para os atendimentos motivados por essas doenças ou lesões que ele declarou no momento da contratação do plano.

O Agravo, deve ser proporcional ao risco adicional suportado pela operadora de plano de saúde e se estender pelo prazo máximo de 24 meses, conforme declaração de saúde (DS) assinada no ato da proposta de admissão ao Plano de Assistência à Saúde desta Operadora.

Declaro que a mim, foi ofertado na data da assinatura do contrato a cobertura parcial temporária - CPT e o Agravo, no qual opto pelo cumprimento dos prazos de carências de acordo com a forma contratual de 24 meses pelas doenças elencadas na Declaração de saúde.

As orientações foram prestadas ao beneficiário que reconhece e aceita as condições contratuais, que ciente assina e concorda.



Proposta de Admissão
PLANO COLETIVO
EMPRESARIAL



MED-TOUR®

*Eficiência e
Competência!*

SAÚDE

ANS 328537

Plano de Saúde Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

DECLARAÇÃO DE OFERECIMENTO - PLANO REFERÊNCIA

Plano Coletivo Empresarial

DECLARO, PARA TODOS OS FINS E EFEITOS, EM MEU NOME E DE MEUS DEPENDENTES, QUE FOI OFERECIDO PELA OPERADORA O PLANO REFERENCIA, PREVISTO NO ART. 10 DA LEI 9656/98, QUE GARANTE ASSISTÊNCIA NOS SEGUIMENTOS: COBERTURA AMBULATORIAL, HOSPITALAR E OBSTETRÍCIA, NÃO TENDO QUAISQUER LIMITAÇÕES PARA OS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA APÓS 24 HORAS DA CONTRATAÇÃO, MESMO QUE O USUÁRIO ESTEJA CUMPRINDO PRAZOS DE CARÊNCIA, SALVO NOS CASOS DE DOENÇAS PREEXISTENTES COM PADRÃO ENFERMARIA, CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA OU SIMILAR, QUANDO NECESSÁRIA A INTERNAÇÃO HOSPITALAR.

_____,
Local

_____ de _____ de _____
Data

(Assinatura e Carimbo Representante Legal)